

ES POSIBLE QUE USTED REUNA LOS REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIOS ALTERNATIVOS (*DIVERSION SERVICES*)

Usted puede recibir servicios - monetarios o no monetarios - para satisfacer una necesidad inmediata o para una emergencia. Estos servicios se llaman "servicios alternativos" porque se emiten en lugar de pagos mensuales de asistencia monetaria. Lea con cuidado esta hoja de información. Le ayudará a decidir si estos servicios alternativos son la mejor opción para usted. Antes de poder recibir servicios alternativos, usted tiene que completar y firmar el "Convenio sobre los servicios alternativos".

INFORMACION SOBRE LOS SERVICIOS ALTERNATIVOS

- El condado determina si usted reúne los requisitos para recibir servicios alternativos. Son **solamente** para personas que:
 - pudieran beneficiarse con los servicios alternativos y evitar la necesidad de recibir asistencia monetaria cada mes, **y**
 - aparentemente reúnen los requisitos para recibir asistencia monetaria, **y**
 - necesitan alguna asistencia - monetaria o no monetaria - para satisfacer una necesidad inmediata o para una emergencia.
- Usted puede obtener servicios alternativos **solamente** cuando presenta su solicitud. Si escoge recibir asistencia monetaria, ya no reunirá los requisitos para recibir servicios alternativos.
- Usted debe escoger servicios alternativos **solamente** si no necesita ni quiere recibir asistencia monetaria cada mes.
- Es posible que reúna los requisitos para recibir estampillas para comida y beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) así como asistencia relacionada con el cuidado de niños.
- Usted y el condado tienen que estar de acuerdo sobre cómo se le pagarán los servicios alternativos.

SI ESCOGE RECIBIR SERVICIOS ALTERNATIVOS EN VEZ DE UN PAGO MENSUAL DE ASISTENCIA MONETARIA

Si escoge recibir servicios alternativos:

- No recibirá pagos **mensuales** de asistencia monetaria.
- Tiene que firmar el "Convenio sobre los servicios alternativos" que se adjunta.
- Recibirá una notificación que:
 - niega su solicitud actual para asistencia monetaria, **y**
 - le dice cómo se le pagarán los servicios alternativos así como el número de meses en el período durante el cual recibirá servicios alternativos.
- Recibirá otra notificación por separado - de aprobación o de negación - sobre cualquier otra

clase de beneficios que haya solicitado como estampillas para comida o beneficios de Medi-Cal.

- Tiene que avisarle a su trabajador si necesita asistencia en relación al cuidado de niños durante su período de servicios alternativos.

DESPUES DE RECIBIR SERVICIOS ALTERNATIVOS

Si usted solicita asistencia monetaria después de recibir servicios alternativos, y si es:

- antes de que termine su período de servicios alternativos, usted tiene que escoger una de las siguientes opciones. El condado puede:
 - reducir su pago mensual de asistencia monetaria por la cantidad que determina el condado para reembolsar el pago/los servicios alternativos; **o**
 - contar como parte del período máximo de 60 meses a todo su período de servicios alternativos.
- después de que termine su período de servicios alternativos, el condado contará solamente un mes de su período de servicios alternativos como parte del período máximo de 60 meses.

COMO SE CALCULA EL PERIODO DE SERVICIOS ALTERNATIVOS

Para calcular el período de servicios alternativos, el condado:

- determina el precio de compra o el valor actual de cualquier servicio no monetario que usted reciba.
- divide la cantidad del pago/de los servicios alternativos entre el pago máximo de asistencia que tiene su unidad de asistencia cuando recibe los servicios alternativos.

EJEMPLO DE COMO SE CALCULA UN PERIODO DE SERVICIOS ALTERNATIVOS

- Una solicitante con dos niños recibe \$1,375 para pagar reparaciones de emergencia en su carro para que pueda seguir trabajando.
- Si cuando recibe estos servicios alternativos su unidad de asistencia de tres personas tiene un pago máximo de asistencia de \$596, su período de servicios alternativos será de dos meses ($\$1,375 \div \$596 = 2.3$ meses, lo cual se redondea a un período de servicios alternativos de dos meses).

SI NO ESCOGE RECIBIR SERVICIOS ALTERNATIVOS, DIGALE AL CONDADO QUE QUIERE RECIBIR UN PAGO MENSUAL DE ASISTENCIA MONETARIA, SI REUNE TODOS LOS REQUISITOS.

CONVENIO SOBRE LOS SERVICIOS ALTERNATIVOS (*DIVERSION SERVICES*) Para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)

NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DEL TRABAJADOR
-----------------	-----------------	-----------------------	-----------------------

WORKER COMPLETES THIS SECTION: (EL TRABAJADOR COMPLETA ESTA SECCION:)

- Pago monetario de: \$ _____ para la siguiente necesidad: _____
- Servicios no monetarios: El precio de compra o valor actual del servicio no monetario es: \$ _____
 Describa los servicios no monetarios: _____
- El período de servicios alternativos será de _____ a _____.
 (FECHA) (FECHA)

EL SOLICITANTE COMPLETA ESTA SECCION:

Escojo recibir servicios alternativos porque no necesito ni quiero recibir pagos mensuales de asistencia monetaria, pero necesito asistencia ahora - monetaria o no monetaria - para satisfacer una necesidad inmediata o para una emergencia. El condado y yo estamos de acuerdo en que se me pagarán los servicios alternativos como se especifica en la sección anterior.

Ponga sus iniciales en el espacio al lado de cada una de las siguientes declaraciones:

_____ Certifico que he leído la hoja de información sobre los servicios alternativos. Entiendo las reglas y mis responsabilidades si escojo recibir servicios alternativos en vez de un pago cada mes de asistencia monetaria.

También entiendo que:

_____ Recibiré una notificación que niega mi solicitud actual para asistencia monetaria y que me dice cómo se me pagarán los servicios alternativos así como el número de meses en mi período de servicios alternativos.

- Para calcular el número de meses en mi período de servicios alternativos, el condado tomará la cantidad del pago/de los servicios y la dividirá entre el pago máximo de asistencia de mi unidad de asistencia cuando reciba mis servicios alternativos.
- Para calcular mi período de servicios alternativos, el condado determinará el precio de compra o el valor actual de los servicios no monetarios.

_____ Recibiré otra notificación por separado - de aprobación o de negación - sobre cualquier otra clase de beneficios que haya solicitado como estampillas para comida o beneficios de Medi-Cal.

_____ Si solicito y reúno los requisitos para recibir asistencia monetaria antes de que termine mi período de servicios alternativos, tengo que informarle al condado de que escojo una de las siguientes opciones:

- Puedo reembolsar el valor en efectivo de los servicios alternativos reduciendo mi pago mensual de asistencia monetaria por una cantidad que determine el condado;
- Puedo contar el número de meses en mi período de servicios alternativos como parte de los 60 meses del período máximo durante el cual puedo recibir asistencia.

_____ Si después de que termine mi período de servicios alternativos, vuelvo a solicitar asistencia monetaria y reúno los requisitos, el condado contará sólo un mes de dicho período como parte de los 60 meses del período máximo durante el cual puedo recibir asistencia. No se requiere ningún reembolso.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O DE LA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO DE UN FAMILIAR	FECHA
FIRMA DEL ESPOSO(A) ADULTO O DEL OTRO DE LOS PADRES (SI VIVE EN EL HOGAR)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA, DEL INTERPRETE, O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO	FECHA

Certifico que se le dio al padre/madre o a la persona encargada del cuidado continuo de un familiar, un formulario CW 88 (el "Convenio sobre los servicios alternativos" y la hoja de información que lo acompaña). El padre/madre o la persona encargada del cuidado continuo de un familiar declara que él/ella entiende las reglas y responsabilidades en relación a elegir servicios alternativos en vez de recibir un pago mensual de asistencia monetaria. El padre/madre o la persona encargada del cuidado continuo de un familiar también declara que entiende las reglas relacionadas con el período de servicios alternativos.

FIRMA DEL TRABAJADOR DEL CONDADO	FECHA
----------------------------------	-------

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Diversion Period Calculation:

Diversion Amount \$ _____ ÷ AU MAP \$ _____ = _____ months. (*Exclude partial months.*)